Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Professor Dr. Fraenkel.

Ueber Placentarcysten.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin und Chirurgie
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität
zu
Breslau

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Max Preyß,
approb. Arzt
in Breslau.

Breslau 1925
Buchdruckerei „Merkur", Emil Wurst, Breslau 1. Schmiedebrücke 33.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Fraenkel.

So häufig auch die pathologischen Veränderungen der Placenta und ihrer Häute Gegenstand zahlreicher und gründlicher Studien gewesen sind, so gibt es doch noch Krankheitsformen derselben, deren Pathogenie und Anatomie noch nicht ganz geklärt sind, z. B. diejenigen Gebilde der Placenta, die man zu den Cysten rechnen kann. Über die Entstehungsursachen und die Häufigkeit des Vorkommens dieser merkwürdigen Gebilde gehen die Ansichten und Forschungsergebnisse der Autoren, die darüber berichtet haben, sehr weit auseinander. Ja, man gewinnt bei der Durchsicht der einzelnen Berichte den Eindruck, als ob fast jeder eine besondere Ansicht vertrete. Schon was die Häufigkeit des Vorkommens anbetrifft, findet man die verschiedensten Angaben.

So fand Fenomenow laut Journal des Marien-Entbindungsheims zu Petersburg in 5 Jahren unter zweitausend Entbindungen nur 3 Fälle von Placentarcysten. Bei systematischer Kontrolle aller Placenten auf diese Gebilde hin fanden v. Winckel in 3 %, Pitha in 20 %, Albeck in 44,3 % und Kermauner gar in 56 % aller Fälle mikroskopisch sichtbare Cysten. Am häufigsten sahen Kermauner und Albeck die Cysten bei reifen Placenten, aber auch einmal bei einer Fehlgeburts-Placenta von 22 Wochen. Nicht weniger differierend als die oben angegebenen Prozentzahlen sind die Ansichten über die Entstehung der Cysten. Von den vielen Theorien seien hier die wahrscheinlichsten angeführt.

Die meisten Anhänger hat wohl die Meinung, wie sie von Hennig, Simpson und Schäffer vertreten wird. Diese nehmen an, daß die Cysten aus Blutergüssen entstehen, von denen dann nach Auflösung und Resorption der Blutbestandteile lediglich die Flüssigkeit zurückbleibt. So klar und einleuchtend auch diese Erklärung erscheinen mag, sie wird dadurch wieder ins Wanken gebracht, daß Fenomenow, Wedl und Späth einwandfrei Endothel oder Epithel an der Cysteninnenwand nachweisen konnten. Nächst der Hennig-Simpson-Schäffer'schen Theorie ist wohl die verbreitetste die von Späth und Wedl. Sie waren es, die zuerst darauf hinwiesen, daß fast regelmäßig die Placentarcysten in Placenten zu finden sind, die auch gleichzeitig starke Infarktbildung aufweisen. Daraus schlossen sie, daß die Cystenbildung durch Aufnahme der flüssigen Bestandteile des betreffenden Fibrinkeils in einer Blase zustandekäme. Ebenfalls von der Infarktbildung geht Farre aus. Er denkt sich die Cyste entstanden als ein Oedem infolge Lymphstauung durch den Infarkt. Steffek und besonders Langhans fanden unter der Membrana chorii großkernige Zellelemente und glaubten auf Grund dieses Nachweises den Ausgangspunkt in diese Zellen verlegen zu müssen, als degenerierte, bis unter die Membrana chorii vorgewucherte Decidua. Dem pflichten andere Autoren wieder nicht bei, sondern halten diese großen deziduaähnlichen Zellen für Elemente der Langhans'schen Zellschicht. Nach ihrer Meinung ist das Wesentliche der Cystenbildung eine Erweichung und Verflüssigung dieser Schicht.

Die Angaben über Größe, Menge und Sitz der Cysten sind ebenso verschieden wie die Meinungen über die Entstehungsursachen. So war wohl Ruysch der erste, der auf eine Mißbildung wenn nicht der Placenta selbst, so doch der Nabelschnur aufmerksam machte. Er sah eine Nabelschnur, die aus einer Kette von aneinandergereihten Blasen bestand. Auch Virchow hat eine Placenta gesehen, bei welcher auf der Fötalseite in der Nähe der Insertion der Nabelschnur sich eine Gruppe kleiner

Bläschen befand. Nähere Angaben über eine Placenta mit Cysten der gleichen Art wie die, von der Virchow spricht, machte Jaquet in der Société des Sciences Médicinales und zeigte auch das betreffende Präparat. Es fanden sich bei der Untersuchung der Placentarzotten ganze Serien von Cysten von der Größe einer Haselnuß bis zu der einer Erbse, welche ihrer Anordnung nach den Eindruck machten, als hingen sie an den Verzweigungen der Placentargefäße. Die kleinen sitzen an den Endverzweigungen der Gefäße, (Cystes terminales) die größeren dagegen erscheinen als Fortsetzungen der Gefäßzweige. Aus ihrer Struktur, ihrem Inhalt und dem Verhältnis zu den anliegenden Teilen schließt Jaquet, daß sie sich aus den Gefäßscheiden entwickeln und nennt sie „perivasculäre Cysten".

Angaben über eine reine Amnioncyste macht Winckler schon im Jahre 1870 im „Archiv für Gynaekologie". Die Cyste die er fand, war sehr dünnwandig, fast durchsichtig und saß, wie das auffallenderweise bei den Angaben vieler Autoren übereinstimmt, an der Nabelschnur dicht neben ihrer Insertionsstelle, und zwar in der Gabelung zweier in die Nabelschnur verlaufender Gefäße. Die Ausmaße der Cyste betrugen 1,0 und 1,5 cm. Der Inhalt bestand aus einer gallertigen Masse, über die kein näherer Befund vorliegt. Daß es eine Amnioncyste war, beweist der Umstand, daß sie beim Abziehen des Amnion vom Chorion am Amnion hängen blieb. Ausgekleidet war sie mit Endothel. Er nimmt als Ausgangspunkt die Lager der Bindegewebskörperchen an. Zwei fast gleichgebaute Cysten wurden von Kermauner beobachtet.

Ganz besonders interessant erscheinen die Mitteilungen Ahlfelds im „Archiv für Gynaekologie". Seine Angaben decken sich zum größten Teil mit dem Befund, den ich bei den mir zur Untersuchung übergebenen Cysten machen konnte. Ahlfeld untersuchte 5 Placenten mit Cystenbildung. Nur eine dieser Placenten wies eine einzelne Cyste auf, bei den anderen waren sie in der Mehrzahl vorhanden. In einer, welche einen Durchmesser von 3,5 cm hatte, fühlte er im Innern ziemlich feste, bewegliche Körperchen. Nachdem er die Cyste vorsichtig geöffnet hatte, fand er vier freie Klümpchen von ziemlich derber Konsistenz. Ihre Gestalt war nierenförmig, sie hatten einen Hilus und waren gestielt. Er konnte feststellen, daß sie sich vom Boden losgerissen hatten; denn dieser war mit gleichartigen, aber weicheren Tumoren besetzt. Dfe Untersuchung über das Verhältnis der Lage der Cysten zu den größeren Gefäßen ergab bei der eben erwähnten Cyste das Eigenartige, daß ein Gefäß darüber hinwegzog. Die anderen Cysten lagen in der Gabelung zweier Gefäße und waren zum Teil wallartig von diesen umgeben. Er macht nun genaue Angaben über den mikroskopischen Befund, aus welchem hervorgeht, daß in keinem der 5 Fälle eine Entstehung aus einer Apoplexie anzunehmen ist, vielmehr müsse man die ganzen Gebilde als ein Myxom des Chlorion-Bindegewebes auffassen. Bekannt ist ja, daß gerade das Chorion-Bindegewebe zur myxomotösen Entartung besonders disponiert ist. So ist zum Beispiel auf diese Metamorphose die Entstehung der Blasenmole, die Bildung circumskripter Tumoren zwischen den beiden Eihäuten und die Entstehung diffuser Verdickungen des Chorion-Bindegewebes zurückgeführt worden. Nicht lange darauf fand er auf einer Placenta ein Konglomerat von Cysten. Durch mikroskopische Untersuchungen weist er nach, daß diese Cysten mit Amnionepithel ausgekleidet sind. Die nähere Untersuchung läßt erkennen, daß sie durch Faltung des Amnion und Verwachsung der sich berührenden Häute entstanden sind. Es handelt sich also hier um Amnioncysten, wie sie zuerst Winckler angegeben hat. Außer Winkler und Ahlfeld hat in der mir zur Verfügung stehenden Literatur kein Autor Beschreibungen von Amnioncysten gegeben. Alle beschreiben subchoriale Cysten. Aber fast nirgends finden sich Ergebnisse über Untersuchungen des Cysteninhalts. Nur Fenomenow teilt in seiner Arbeit: „Zur Pathologie der Placenta" Näheres darüber mit. Er fand eine Placenta mit ca. 20 Cysten, deren Anordnung ganz unregelmäßig war. Über einige zogen Gefäße hinweg. Der Inhalt ist eine helle, klare Flüssigkeit von neutraler

Reaktion. Die chemische Untersuchung ergibt einen Gehalt an Eiweiß, Mucin und Mineralsalzen. Im mikroskopischen Bilde fand er reichlich Schleim, feine Körnchen von unbekannter Abstammung und etwas Fett. Am Cystenboden fand sich ein wenig Detritus. Die Hülle des Sackes bestand aus mehreren Schichten. Die äußere war von unbestimmtem Gewebe und zeigte keinen Zusammenhang mit der eigentlichen Hülle. Diese setzte sich aus Bindegewebe und elastischen Fasern zusammen. Dazwischen war Mucin gelagert. Auch Gefäße fanden sich, die zum Teil obliteriert waren. Die innerste Schicht war Cylinderepithel, das sich stellenweise papillenartig vorbuckelte.

Auch aus dieser Beschreibung läßt sich ebensowenig wie aus all den übrigen, von denen ich hier nur einen Teil angeführt habe, erkennen, durch welche Vorgänge eine Cystenbildung zustande kommt. Es ist auch noch niemandem geglückt, eine Cyste in statu nascendi — wenn man so sagen darf — zu finden. Speziell meine ich hier die Theorie von der haemorrhagischen Entstehung; denn es sind doch auch Cysten gefunden worden, die Placenten aus den verschiedensten Schwangerschaftsmonaten entstammten. Und dennoch neigt die weitaus größte Mehrzahl der Autoren zu der Annahme, daß diese Cysten sich aus haemorrhagischen allmählich durch Resorption in seröse umwandeln. Diese Theorie entwickeln in ausführlicher Weise Hegar und Mayer etwa folgendermaßen: Bei allen entzündlichen Vorgängen treten Bindegewebswucherungen mit nachfolgender Schrumpfung und Obliteration ein. Da der Prozeß, ihrer Ansicht nach, vom mütterlichen Teil der Placenta ausgeht und erst von hier auf den foetalen übergeht, so muß bei Verödung einer gewissen Menge von Gefäßen der Blutandrang zu den offen gebliebenen, im fötalen Teil der Placenta gelegenen Gefäßen viel kräftiger sein, was bei gewissen Veränderungen der Gefäßwand leicht zu Blutergüssen führen kann. Die eingekapselten Extravasate können sodann resorbiert und durch seröse Extravasate ersetzt werden. Somit entstehen nach den genannten Autoren diese Cysten aus Haemorrhagieen. In gleicher Weise spricht sich Hennig über ihre Entstehung aus, indem er dieselbe auf Extravasate zurückführt. Er nennt sie geradezu „apoplektische". „Andere Cysten" sagt er, „habe ich nie gesehen".

Soweit die Angaben der Autoren aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur. Im Folgenden will ich nun versuchen, durch möglichst genaue Beschreibung und eingehende Untersuchung der mir von Herrn Professor Dr. Fraenckel aus dem Material der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau überlassenen Placenten mit Cystenbildung einen kleinen Beitrag über diese interessanten pathologischen Bildungen zu liefern.

Gleich zu Beginn möchte ich bemerken, daß die Krankengeschichten der Trägerinnen dieser drei Placenten nichts für unsere Zwecke Bemerkenswertes enthalten, und daß ich sie deshalb übergehen möchte.

Die Placenta von Fall I wurde am 6. 12. 1923 fünf Stunden nach einer Spontangeburt exprimiert. Sie ist auffallend klein und zierlich und zeigt keine Infarktbildung, keinen Wall und Rand, ist also bis auf ihre Kleinheit völlig normal gebaut. Betrachtet man die Placenta als Kreis und die Insertion der Nabelschnur als dessen Mittelpunkt, so sitzt die Cyste etwa am äußeren Drittel eines Radius. Die Nabelschnur ist 40 cm lang. Die Gestalt der Cyste kann man als fast rund bezeichnen, ihr Durchmesser beträgt 7 cm. Sie ist prall gefüllt und ragt über das Niveau der übrigen Placenta ungefähr um 2,5 cm hinaus. Die Hülle ist fast durchsichtig. Zur Gewinnung des Inhalts wird die Cyste punktiert, was bei der wässrigen Konsistenz des Inhalts leicht gelingt. Die Flüssigkeit, von schwach gelblicher Farbe, hat eine geringe Opalescenz. Ihre chemische Untersuchung, ausgeführt im physiologischen Institut, ergibt nichts Wesentliches. Weder Mucin noch Eiweiß ist nachzuweisen. Zu bemerken wäre hierzu allerdings, daß die ganze Placenta vor der Untersuchung gehärtet wurde, was vielleicht doch eine Veränderung des Cysteninhalts durch die Lösung herbeigeführt haben mag. Ein Schnitt durch die Cyste läßt nichts

Besonderes erkennen. Der Cystenboden ist nicht verdickt und wird durch Eihaut gebildet und zwar durch Amnion. Zieht man nämlich das Amnion ab, so bleibt die ganze Cyste daran hängen. Die Verhältnisse liegen also hier so, daß sowohl der Cystengrund als auch die Cystendecke vom Amnion gebildet wird. Es handelt sich demnach um eine reine Amnioncyste, man könnte auch sagen, um eine intraamniale Cyste ähnlich der von Winckler schon im Jahre 1870 beschriebenen. Die Frage nach der Entstehung läßt bei der Lage zwischen den Schichten einer Haut wohl nur die Annahme einer haemorrhagischen oder exsudativen Ursache übrig. Es läßt sich sehr wohl annehmen, daß in einem im Amnion verlaufenden feinen Blut- oder Lymphgefäß aus irgend einer Ursache — vielleicht durch die Kindsbewegungen — eine Apoplexie eingetreten ist, die durch den Flüssigkeitserguß die Schichten des Amnion voneinander trennte und so die Cyste bildete. Die Umwandlung des blutigen Inhalts in seröse Flüssigkeit, wenn man eine Haemorrhagie annimmt, ist ja ebenfalls sehr gut möglich, sodaß dieser Fall wohl unter die von Hennig, Simpson und Schäffer angegebenen einzugliedern wäre.

Ganz anders liegen die Verhältnisse in Fall II. Die Placenta fällt durch ihre außerordentliche Größe auf. Es ist eine Placenta marginata et circumvallata mit äußerst zahlreicher Infarktbildung, ein Umstand, der bei dieser Art von Cysten, den chorialen und subchorialen, in der Literatur immer wieder betont wird. Ebenso oft ist der eigenartige Sitz der Cysten direkt an der Insertionsstelle der Nabelschnur angegeben. Eng umschnürt wird sie von zwei über bleistiftdicken Gefäßen und quer über sie hin verläuft ein fast ebenso dickes drittes Gefäß. Hier also derselbe Befund wie bei der Cyste Ahlfelds.—Kurz hinweisen möchte ich nur auf die Gefahr einer Ruptur dieser auf so dünner und beweglicher Unterlage hinziehenden verhältnismäßig dicken Gefäße, sowohl in utero als auch intra partum. — Ganz besonders erstaunlich ist die Größe der Cyste. Sie beträgt 7,5 cm im Durchmesser. Eine Untersuchung des Inhalts war nicht mehr möglich, da die Cyste schon eröffnet war. Er soll aber klar und dünnflüssig gewesen sein. Die Cystendecke besteht aus Amnionhaut, ist nicht besonders verdickt und setzt sich ohne Übergang in das normale Amnion fort. Der Cystengrund wird durch eine grauweiße Platte gebildet, die eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Foetus papyraceus hat. Die mikroskopische Untersuchung dieser Platte zeigt aber, daß es Chorion ist. Die ganze Cyste macht den Eindruck, als ob das Amnion vom Chorion durch die Flüssigkeit einfach abgehoben worden wäre, wobei die Ausdehnung der Flüssigkeitsansammlung in den umgrenzenden Gefäßen eine natürliche Grenze gefunden hat. Die Vermutung, die geäußert wurde, daß diese ganze Cyste vielleicht ein Chorion in Amnio wäre, ist auch nicht zutreffend. Denn dann müßte das ganze Gebilde placentarwärts noch von einer Kapsel, dem Amnion der eigentlichen Placenta umgeben sein. Mehrere durchgelegte Schnitte zeigen aber, daß das Placentargewebe kontinuierlich in den Grund der Cyste übergeht. Es ist also festgestellt, daß das Amnion vom Chorion durch ein Ex- oder Transudat abgehoben ist. Wie ist nun die Entstehung dieser Cyste zu erklären?

Die Lage der Cyste zwischen zwei großen Gefäßen und die Überquerung durch ein drittes lassen einen engen Zusammenhang mit diesem Umstand vermuten. Das Ausschlaggebende aber erscheint mir hier die Lage unmittelbar an der Nabelschnur, in die das über der Cyste verlaufende Gefäß direkt, aber etwas höher als die beiden anderen einmündet. Ein etwa ovales Stück des Amnion wird von diesen zwei starken Gefäßen gegen die Nachbarschaft fest abgegrenzt. Das dritte, ebenfalls am Amnion festhaftende Gefäß durchläuft das Oval der Länge nach, geht an der dem Oval angrenzenden Nabelschnur in die Höhe und inseriert dort. Die Nabelschnur ist nun in utero mancherlei Bewegungen und Zerrungen ausgesetzt, die auch auf das mittlere, hochinserierende Gefäß übertragen werden müssen. Dieses zieht nun seinerseits an seiner Unterlage, dem Amnion, und verursacht so nach und nach eine Lösung desselben, zunächst

nur an der dem größten Zug ausgesetzten Stelle. Dabei werden Blutgefäße oder Lymphräume eröffnet und der entstandene Spalt durch die austretende Flüssigkeit angefüllt. Ein gewisser Druck und die fortgesetzten Zerrungen an dieser kleinen Cyste durch das Gefäß bewirken eine immer weiter fortschreitende Ablösung des Amnion, der durch die beiden abgrenzenden Gefäße dann ein Ende gesetzt wird.

So läßt sich auch in diesem Falle eine haemorrhagische oder lymphogene Grundlage für die Entstehung der Cyste annehmen, wobei allerdings die eigenartigen topographischen Verhältnisse eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen scheinen.

Die Placenta von Fall III stammt von einer Zweitgebärenden. Der Verlauf dieser, sowie der ersten Geburt war spontan und ohne Besonderheiten. Die Placenta hat eine Größe von 15 zu 15 cm. Gewicht der Placenta 450 g, Länge der Nabelschnur 39 cm, Eihäute vollständig, Riß 3 cm. Die Placenta ist mit Infarkten übersät, einer davon noch ganz frisch. Sie hat außerdem noch einen starken Wall. Etwa in der Mitte, dicht an der Nabelschnur und in einen Kranz von Gefäßen eingebettet, liegt die Cyste, 3 cm im Durchmesser betragend. Sie ist nicht besonders prall gefüllt, sodaß man deutlich durch die Hülle eine erbsengroße Einlagerung erkennen kann. Um die Lage dieses Gebildes nicht zu verändern, wird auf die Untersuchung der Cystenflüssigkeit verzichtet und die Hülle ganz vorsichtig geöffnet. Die Einlagerung erweist sich als ein gelblichbraunes Gebilde, das auf der Unterlage nicht fest haftet. Ein Stiel oder dergleichen, von dem es losgerissen sein könnte, ist auch nicht nachzuweisen. Dieser Umstand und die bröcklige Beschaffenheit spricht wohl dafür, daß es sich um Detritus handelt. Leider hat sich das ganze Gebilde, das zu einem zur Härtung bestimmten Schnitt dazugetan worden war, nachher nicht mehr auffinden lassen. Wahrscheinlich ist es zerfallen. Aus einem Querschnitt läßt sich erkennen, daß der Boden der Cyste sich tief in das Placentargewebe hinein erstreckt. Auch sieht man schon mit bloßem Auge, daß dieser keilförmige Cystenboden aus ganz anderem Gewebe wie die Umgebung besteht. Derselbe Querschnitt ist auch zur Herstellung eines mikroskopischen Präparates verwendet worden. An ihm sieht man schon mit Lupenvergrößerung, daß der ganze Keil durch eine Membran scharf gegen das benachbarte Placentargewebe abgegrenzt ist. Auch ist, besonders auf der allmählich an die Oberfläche der Placenta ziehenden Seite des Keils eine Wiedervereinigung dieser Membran mit den Eihäuten unschwer festzustellen. Auf der gegenüberliegenden Seite ist die fast senkrecht ansteigende Richtung und die etwas unregelmäßig gestaltete Form bedingt durch die unmittelbare Nachbarschaft eines Placentarseptums. Aber auch auf der erstgenannten, flachen Seite scheint der Tiefenausdehnung des Cystengrundes durch ein auf dem Schnitt mehrfach getroffenes interplacentares Septum eine Grenze gesetzt worden zu sein. Das mikroskopische Bild bestätigt die Annahme, daß die untere, scharfe Grenze des Keils von Eihaut gebildet wird, die allmählich an die Oberfläche zieht und dort mit den normalen Eihäuten verschmilzt. Nur auf der senkrecht ansteigenden Seite scheint eine Verwachsung der Eihaut mit dem Placentarseptum stattgefunden zu haben; denn dort gehen die einzelnen Bestandteile dieser beiden Gebilde ineinander über. Innerhalb der umgrenzenden Eihaut sind wiederum Eihautschichten angeordnet, die aber viel dünner sind als die Grenzmembran, und deren weite Zwischenräume durch lockeres, weitmaschiges Bindegewebe ausgefüllt sind. Die oberste Schicht, auf der das Exsudat stand, ist wiederum Eihaut. Somit war das Exsudat zwischen zwei Eihautschichten abgekapselt. Sonst zeigte das Präparat bis auf einen Kalkinfarkt nichts Besonderes. Es ist nicht anzunehmen, daß dieser Infarkt etwas mit der Entstehung der Cyste zu tun hat; denn zwischen beiden liegt noch reichlich normales Placentargewebe.

Zur Frage der Aetiologie dieser Eihautcyste bleibt nichts übrig, als auch hier wieder eine haemorrhagische oder exsudative Grundlage anzunehmen. Der Charakter der Cyste als reine Eihautcyste ist durch die

mikroskopische Untersuchung erwiesen. Daß es aber trotzdem zur Bildung der Platte am Grunde der Cyste kam, bei deren Anblick man unwillkürlich an einen Infarkt denkt, ist durch die eigenartige Topographie bedingt. An der Oberfläche hinderten die umgrenzenden Gefäße die Cyste an ihrer weiteren Ausdehnung, und im Gewebe selbst taten dies die Placentarsepten. Durch den Druck des Exsudats, der natürlich infolge des Außendruckes durch das Fruchtwasser nur placentarwärts möglich war, mußte sich die Cyste tief in das Placentargewebe einbetten. Das zwischen den einzelnen aufgefaserten Eihautschichten befindliche Exsudat wurde innerhalb des Niveaus der Placenta resorbiert und durch lockere Bindegewebsstränge ersetzt. Auch in diesem Falle scheint mir das mechanische Moment für das Auftreten des Exsudats eine große Rolle zu spielen. Gemeint ist damit die Umgebung durch zwei Gefäße und die unmittelbare Nachbarschaft der Nabelschnur, Schon die Bildung einer kleinen Spalte innerhalb der Eihäute, bedingt durch Bewegungen der Nabelschnur, kann infolge des »Horror ex vacuo“ eine Flüssigkeitsansammlung zur Folge haben, die durch den eigenen Druck die Eihautschichten immer weiter spaltet, bis ihr durch irgend einen festeren Wiederstand, in diesem Falle durch die beiden Gefäße, ein Ende gesetzt wird.

Somit konnte ich durch meine Untersuchungen feststellen, daß alle drei Cysten reine Eihautcysten waren, trotzdem sie durch ihren Sitz, ihre Größe und Beschaffenheit zum Teil erhebliche Unterschiede aufweisen. Fall I wäre also unter die Amnioncysten eiuzureihen, wohingegen bei den beiden anderen der Grad einer Beteiligung des Chorion an ihrer Bildung nicht mit Sicherheit festzustellen war. Ein genauer Anhaltspunkt für den Vorgang bei ihrer Entstehung ließ sich in keinem der Fälle nachweisen, obwohl mit der größten Wahrscheinlichkeit eine haemorrhagische oder exsudative Ursache zu Grunde zu legen ist, wie sie ja auch von den meisten Autoren, die über Cystenbildung bei Placenten berichtet haben, vertreten wird. Allerdings möchte ich darauf hinweisen, daß bei der weitaus größten Mehrzahl der Cysten, nämlich denen, diedicht an der Nabelschnur sitzen und meistens noch von Gefäßen eingeschlossen sind, die unmittelbare Nähe der Nabelschnur insofern eine große Rolle spielt, als sie den ersten Anlaß zu Spaltbildungen in den Eihäuten geben kann.

Lebenslauf.

Als Sohn des Berginspektors Josef Preyß wurde ich, Max Preyß, preußischer Staatsangehöriger, am 14. Juli 1900 in Friedenshütte Krs. Beuthen O.-S. geboren. Ich bin katholischer Religion. Nach vierjährigem Besuch der dortigen Volksschule kam ich im 10. Lebensjahre auf das humanistische Gymnasium nach Beuthen, das ich am 11. September 1918 bei meiner Einberufung zum Kriegsdienst mit der Versetzung nach Oberprima verließ. Bis zur Auflösung des Heeres stand ich beim 1. Garde-Fußartillerie-Regiment in Döberitz. Anfang Januar 1919 meldete ich mich zum Grenzschutz, dem ich drei Monate beim Oberschlesischen Freiwilligen-Korps angehörte. In dieser Zeit wurde mir laut Ministerialerlaß die Reifeprüfung erlassen. Das Sommer-Semester 1919 belegte ich dann bei der medizinischen Fakultät in Breslau, wo ich im Winter-Semester 1920-21 das Vorexamen mit „Gut" bestand. Die Fortsetzung meiner Studien in München wurde durch den oberschlesischen Aufstand längere Zeit unterbrochen. Im Sommer 1922 kehrte ich nach Breslau zurück und bestand am 14. Dezember 1923 die ärztliche Prüfung mit „Gut". Das praktische Jahr leistete ich in Beuthen und Oppeln ab und bin jetzt nach Erteilung der Approbation als Volontärarzt an der Universitäts-Kinderklinik in Breslau tätig.

Während meiner Studienzeit habe ich folgende Dozenten gehört:

In Breslau: Biltz, Bittorf, Doflein, von Eggeling, Fraenkel, Hannes, Henke, Linsberg, Hürtle, Jadassohn, Kallius, Küstner, Küttner, Lummer, Pfeiffer, Puppe, Rosen, Stolte, Uhthoff, Wollenberg.

In München: Borst, Döderlein, von Gruber, von Heß, Jodlbauer v. Müller, Polano, von Romberg, Sauerbruch, Seitz, Tannhauser, v. Zumbusch.

Ich sage allen Dozenten hiermit meinen besten Dank.

Literatur-Verzeichnis.

1. Hegar und Mayer: Virchows Archiv 1867, Band 38.
2. Winckler: Archiv für Gynaekologie 1870.
3. Ahlfeld: Ueber die Cysten der Placenta.
   Archiv für Gynaekologie (Band 11)
4. Fenomenow: Zur Pathologie der Placenta.
   Archiv für Gynaekologie (Band 15)
5. Ellerbroek: Ueber Cystenbildung der Placenta.
   Zentralblatt für Gynaekologie 1922.